

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

DANS

LE CANCER DU RECTUM

×

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1921

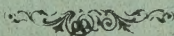
PAR

Samuel GIROD

Né à Rumilly (Haute Savoie), le 24 avril 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1^{er} 21

DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
DANS
LE CANCER DU RECTUM

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

DANS

LE CANCER DU RECTUM

✱

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1921

PAR

Samuel GIROD

Né à Rumilly (Haute Savoie), le 24 avril 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

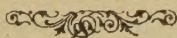
FORGUE, professeur, *Président.*

MASSABUAU, professeur.

RICHE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1-21



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELTT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale.....		N...
Botanique et histoire naturelle médicales.....		DERRIEN, <i>doyen</i>
Anatomie pathologique		GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....		LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....		N...
Hygiène		VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	}	N...
		DUCAMP.
Clinique chirurgicale		VEDEL.
Clinique obstétricale		TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...		FORGUE <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique		VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants.....		MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...		TRUC.
Clinique gynécologique		N...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		ESTOR.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE ROUVILLE.
		MOURET
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine ...	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie.....	{	EUZIERE.	Accouchements.	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie.....	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE
		DELMAS (J.)			CABANNES
		MESTREZAT.	Physique.....		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, prof., <i>président</i> .		MM. RICHE agrégé.
MASSABUAU, professeur.		LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON AIEUL
LE DOCTEUR LACHEFAL

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE ET A MON PÈRE
LE DOCTEUR GIROD

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.*

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

S GIROD.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

A M. LE DOCTEUR CORNELOUP
PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE

*Qui a guidé nos premiers pas
dans la vie médicale.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
LE PROFESSEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

S. GIROD.

DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

DANS

LE CANCER DU RECTUM

INTRODUCTION

S'il est classique d'admettre que le cancer résulte de l'association d'un trouble cellulaire local et de l'altération de l'état général sous l'influence de la lésion locale, en apparence primitive, il faut bien reconnaître que l'apparition de la cachexie cancéreuse se montre très irrégulière, non seulement avec les différentes localisations du cancer, mais encore pour une même localisation avec chaque cas particulier.

Tel cancer de l'intestin se révèle d'emblée, en dehors de ses signes de localisation propres, par des modifications telles de l'état général, que le dépérissement rapide de la santé du malade ne laisse aucun doute sur la nature de la tumeur qu'on perçoit à peine.

Tel autre, au contraire, atteindra un stade avancé de son évolution, sans que le malade, le médecin et le laboratoire même ne puissent déceler une défaillance fon-

tionnelle ou organique générale, à tel point que la complication grave survient et représente la première manifestation clinique, c'est le cas des cancers latents.

Mais, d'une façon générale, on considère que les cancers épithéliaux ne tardent pas à se manifester par une intoxication de l'organisme, sur la nature de laquelle on sait très peu de choses et cette notion entre spontanément en ligne de compte pour la discussion du diagnostic.

Le cancer du rectum, parmi eux, est un de ceux qui peuvent rester très longtemps latents. Mondor, dans sa thèse, cite des cas typiques, à ce point de vue, où une hémorragie foudroyante constitua le premier symptôme. C'est une notion que l'on s'efforce de répandre pour permettre de dépister ces formes cliniques.

Mais il est capable aussi avec des lésions avancées, s'étant depuis des mois manifestées par des troubles fonctionnels, de franchir les limites de l'opérabilité et de conserver au malade un état général, en apparence, florissant.

Monsieur le professeur Forgue a observé, au cours de l'année scolaire dernière, trois cas de ce genre absolument typiques. Nous lui exprimons ici notre vive reconnaissance d'avoir bien voulu nous permettre de publier ces trois observations inédites.

A leur propos, après avoir étudié ces trois observations, nous étudierons les manifestations générales du cancer du rectum, comparées à celles des autres localisations cancéreuses et nous essaierons de donner à ces signes leur valeur réelle en vue du diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue)

A. A..., 74 ans, entre le 9 juin 1921, dans le service de M. le professeur Forgue; salle Delpech, n° 17, pour troubles de la défécation et hémorragies.

Cet homme n'avait jamais été malade, a mené la rude vie de cultivateur sans s'aliter un jour. Il signale cependant des douleurs abdominales apparues il y a cinq ou six ans et qui auraient persisté pendant deux années. Ces douleurs iliaques et ombilicales, se présentaient tous les soirs, s'accompagnant de périodes de constipation. Jamais il n'a vu de sang dans ses selles. N'a pas maigri à ce moment-là, continue à travailler et ces douleurs qui étaient peu intenses, disparaissent spontanément sans médication.

Il y a cinq mois, éprouve des besoins fréquents d'aller à la selle, plus fréquents pendant la journée que pendant la nuit, sans douleurs. La défécation se composait de boules stercorales suivies de défécation de sang pur; quelquefois quatre ou cinq défécations n'étaient composées que de sang pur.

Cet état dure jusqu'à son entrée à l'hôpital où depuis quelques jours, la fréquence des selles a diminué; en présente trois à quatre par jour. Il fait surtout des gaz, quelques matières sales et glaireuses avec du sang; la nuit, une défécation, quelquefois pas. Les matières sont laminées.

A l'examen de l'abdomen on ne constate pas de point douloureux, mais dans la fosse iliaque gauche, une masse paraissant infiltrée, à contours diffus et peu mobile.

Le toucher rectal révèle dans l'ampoule, quand l'index est enfoncé jusqu'au niveau de la première phalange, un bourrelet saillant, prenant la forme d'un anneau brisé, interrompu sur une largeur de 8 à 9 millimètres, en arrière et à droite. Mais, en réalité, la virole néoplasique est circonférentielle, car si on pousse plus profondément en dépassant le bourrelet, on pénètre dans un rétrécissement néoplasique annulaire au centre duquel il est impossible de pénétrer.

En raison de l'impossibilité pour l'index de pénétrer dans le canal néoplasique, il faut explorer l'étendue de la tumeur par palpation périphérique. On se rend compte ainsi que l'infiltrat néoplasique remonte haut et que l'index n'arrive pas nettement à dépasser sa limite.

L'espace recto-vésical est relativement libre et ce n'est pas en avant que l'extension est dominante. Il n'y a d'ailleurs pas de troubles de la miction, mais la propagation se fait surtout en arrière vers la concavité sacrée, et à gauche où la masse est fixée et adhérente au sacrum. La tumeur est inextirpable.

Ce qui frappe surtout, après l'examen des lésions, c'est la conservation de l'état général. Le malade a conservé un teint rosé, avec sur les joues quelques arborisations vasculaires, propres aux congestifs. Le facies est normal, les traits ne sont pas tirés.

L'appétit est conservé, fait chaque matin au lever un déjeuner copieux.

Pas d'amaigrissement. Il est difficile d'avoir un contrôle, le malade ne s'étant jamais pesé, mais il n'a pas l'impression d'avoir maigri.

Appareils normaux.

Urine bien, ni sucre, ni albumine. Azotémie, 0,48; ne tousse, ni ne crache, rien à l'auscultation, cœur normal.

Pas d'œdème des jambes.

Le 21 juin 1921, rachianesthésie, 0,12 centigrammes de syncaïne. Anus iliaque suivant le procédé habituel du professeur Forgue.

Renvoyé chez lui avec un appareil collecteur des matières. Pas de nouvelles.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue)

Mme A. M..., 53 ans, entre le 11 mai 1921 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubreuil, 17, pour troubles de la défécation, douleurs et pertes séro-sanguinolentes.

Elle se plaint de gastro-entérite depuis six à sept ans. Les digestions sont pénibles et douloureuses. Alternance de diarrhée et de constipation.

Il y a cinq mois, difficulté pour aller à la selle; elle est obligée de pousser. Fausses envies. Elle se présente dix à vingt fois par jour à la garde-robe. Périodes intermittentes de diarrhée et de constipation qui durent quelques jours. A cette période, pas de sang par l'anús, pas d'écoulement muqueux.

Les douleurs apparaissent deux mois après, sous forme d'épreintes douloureuses après la défécation, elle souffre pendant toute la journée qui suit la selle et est amenée à se constiper volontairement. En somme, syndrome fissu-

raire. Elle voit un médecin qui lui fait une dilatation de l'anus. Quelques jours d'amélioration mais les douleurs réapparaissent avec un écoulement muqueux et des pertes sanguinolentes. Elle souffre de plus en plus.

A son entrée dans le service elle souffre beaucoup après chaque selle : et garde ses douleurs très vives toute la journée et toute la nuit. Ce sont des douleurs anales avec sensation de tiraillement dans la région rectale et sacrée.

A chaque selle, pertes rutilantes et écoulement mucopurulent. Ne perd pas en dehors des selles.

Elle n'a jamais eu d'autre maladie, sauf une intoxication alimentaire en 1914. Elle a eu quatre enfants : accouchements normaux ; le dernier a vingt ans.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien de particulier.

Le toucher rectal perçoit à 3 centimètres de l'anus, un diaphragme bourgeonnant, arrêtant le doigt. Il est formé d'un bourrelet circulaire descendant davantage sur le côté gauche que sur le côté droit, donc obliquement placé et multilobé. Cette tumeur est très peu friable, de consistance dure. On perçoit difficilement la lumière rectale, excentrique, réduite à un orifice très petit et serré qui n'admet pas l'extrémité du doigt. Il est impossible dans ces conditions de se rendre compte de la limite supérieure de la tumeur. L'ensemble est fixé par envahissement du sacrum, on ne peut lui imprimer aucune mobilité.

Par le toucher vaginal, on constate que toute la paroi postérieure du vagin est épaissie, infiltrée et forme un plan rigide qui dépasse la hauteur du cul-de-sac postérieur. Pas d'ulcération.

En somme, néoplasie rectale, à type tubéreux, ayant envahi le sacrum et le vagin, rétrécissant fortement la lumière rectale.

L'état général est très bon; le teint est clair et rosé.

Bon appétit; mais l'alimentation est volontairement réduite à cause des douleurs de la défécation; elle dit elle-même qu'elle mangerait plus, si elle ne souffrait en allant à la selle.

Elle n'a pas maigri.

Elle vaque à ses occupations de ménagère jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Ne toussé, ni ne crache; rien à l'auscultation; rien au cœur; pas d'œdème des jambes; urine bien; azotémie, 0,38.

21 mai 1921. — M. le professeur Forgue pratique un anus iliaque gauche, suivant son procédé habituel.

10 juin 1921. — Application dans le rectum de 180 milligrammes de radium pendant 24 heures. L'application est suivie d'un écoulement muqueux, sanguinolent, pendant dix jours environ et de l'apparition de douleurs anales et sacrées.

12 juillet 1921. — Toucher rectal: montre que la masse paraît s'être désagrégée et ulcérée. L'orifice central admet plus facilement l'extrémité de l'index, mais la lumière est devenue plus friable; elle présente des bourgeons, mous, saignant facilement. De plus, sur la partie basse de l'ampoule, au-dessous de la tumeur, trois ou quatre ulcérations ont apparu. Même fixité de la tumeur surtout en arrière qu'avant l'opération.

Au mois de décembre 1921, la malade vit encore; son état s'est naturellement aggravé, mais son anus iliaque fonctionne bien et elle souffre moins qu'avant l'opération.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue)

Mme R. J..., 46 ans, entre le 17 mai 1921, dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubreuil, n° 24, pour troubles de la défécation et pertes anales muco-sanguinolentes.

Elle est malade depuis deux ans. Début par l'apparition de sang rouge, pur, à l'occasion des selles entourant les matières. Elle ne souffre pas. Elle reste ainsi deux mois à la suite de quoi se montrent des envies fréquentes d'aller à la selle et des faux besoins avec sang et glaires sanguinolentes, cet état dure quatre ou cinq mois. Un chirurgien lui propose une intervention qu'elle refuse.

Trois applications de radium sont alors tentées en dehors du service. Après la première application, une légère amélioration de quelques semaines, ensuite les selles sanglantes apparaissent et les pertes sanguinolentes, même des douleurs spontanées sacrées.

La seconde a lieu en octobre 1920, trois mois après la première. Elle fut très douloureuse. Depuis elle souffre beaucoup.

Enfin une troisième application a lieu en janvier 1921. Elle continue à souffrir et à perdre pendant quelques mois encore et se décide à entrer dans le service au mois de mai 1921.

A son entrée, la défécation est difficile, pénible, la malade pousse beaucoup et est soulagée par des fusées de liquide muco-sanguinolent. Les matières sont laminées.

En dehors des selles, sang et liquide sanieux. Douleurs sacrées, anales et publiennes, douleurs à la miction; non seulement à l'occasion des selles mais en dehors d'elles.

Au toucher rectal, on perçoit à une profondeur égale aux deux dernières phalanges de l'index, une virole qui admet le bout du doigt, paraissant seléreuse, donnant l'impression d'un rétrécissement annulaire à muqueuse peu bourgeonnante. Cette sténose franchie, l'extrémité de l'index arrive sur une ulcération paraissant occuper la paroi rectale postérieure, à fond occupée par des bourgeons friables et saignant facilement.

L'ensemble est fixé au sacrum et en avant la paroi rectovaginale est infiltrée sur une grande étendue; l'infiltration empiète sur le Douglas.

Ces lésions coïncident avec un état général parfaitement conservé. La malade marche et se promène dans le jardin toute la journée. Elle a un teint rouge et un état moral excellent. Elle mangé bien. Elle affirme qu'elle n'a pas maigri.

Elle ne présente rien de pathologique dans ses divers appareils. Azotémie: 0,48.

Un anus iliaque est pratiqué le 2 juillet 1921. Rentre chez elle munie d'un appareil collecteur des matières. Plus de nouvelles.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Les trois observations que nous rapportons sont intéressantes à plus d'un point de vue, mais nous ne voulons les considérer que de celui qui fait l'objet de notre travail: il s'agit d'affections néoplasiques anatomiquement et cliniquement très avancées, n'ayant en aucune façon altéré l'état général. Nos trois cas sont inopérables, par suite de la propagation en arrière, la fixité du sacrum qui constitue un « *noli me tangere* ». Ils évoluent depuis longtemps. Il est impossible d'en fixer la date de début, mais pour l'un, les premiers symptômes remontent à deux ans, pour l'autre à quelques années, le troisième malade enfin ne peut en déterminer le commencement. Ils ne présentent pas de type clinique bien particulier: ils réunissent tous trois les symptômes habituels du cancer rectal sans que l'un d'eux prédomine. Un seul cependant (observ. II) présente un syndrome fissuraire. Mais tous réunissent le faisceau de symptômes graves, les pertes sanguinolentes, les écoulements muqueux, les envies fréquentes et les faux besoins d'aller à la selle jusqu'à vingt fois par jour chez l'un, enfin les douleurs provoquées par les selles et spontanées.

Ce sont, au moins pour deux de nos cas, des tumeurs ulcérées; la muqueuse a disparu sur une grande partie, donnant place à une ulcération bourgeonnante, saignant au doigt. Ce détail a son importance car on a voulu voir

dans l'ulcération des tumeurs néoplasiques un facteur important, accélérant les phénomènes de cachexie cancéreuse.

Nos trois cas présentent un rétrécissement néoplasique très serré. Dans l'un (observ. II) la lumière rectale est tellement réduite, excentrique, qu'on comprend difficilement le passage des matières et l'absence de phénomènes d'obstruction intestinale jusqu'à ce jour. M. le professeur Forgue explique volontiers ce phénomène paradoxal par la présence en amont du rétrécissement, de lésions de colite, qui, par les sécrétions muqueuses qu'elles provoquent donnent aux matières une consistance suffisamment liquide pour qu'elles puissent franchir la zone rétrécie sous-jacente. Il y aurait ainsi un phénomène compensateur de défense naturelle locale.

A ces tableaux cliniques s'oppose la conservation d'un état général, qui n'est pas en rapport avec les notions classiquement admises. Alors qu'on ne peut prétendre trouver chez ces trois sujets tous les signes de l'intoxication cancéreuse, portant sur le teint, l'appareil digestif, le poids, le système neuro-musculaire et les divers émonctoires, altérations qui aboutissent plus ou moins tardivement à la cachexie cancéreuse, il semble que des lésions anatomiques aussi anciennes et aussi avancées, auraient dû retentir sur l'état général d'une façon suffisante pour qu'on puisse déceler cette atteinte.

Or, aucun signe ne permettait de signaler un retentissement de ces néoplasmes sur l'organisme: la symptomatologie était toute locale. Ces malades ne présentaient pas la teinte particulière de la peau fréquente dans les cancers du tube digestif, pas plus qu'une décoloration du teint et des muqueuses témoignant une destruction globulaire: au contraire, deux d'entre eux présentaient une coloration

rosée qui se rapprochait plus de la coloration des pléthoriques que de la pâleur des anémiques. Aucun n'avait maigri. Ils avaient conservé un appétit normal, un d'entre eux se nourrissait à l'hôpital (renseignements pris dans le service) comme un convalescent (observ. I). Aucun n'accusait des signes de débilité neuro-musculaire, se traduisant souvent dès le début par de la fatigue, de la préoccupation et par la réaction neuro-musculaire sur laquelle Klippel a attiré l'attention, qui consiste en l'apparition d'une contraction musculaire localisée sous l'influence d'une percussion légère avec les doigts, d'autant plus accusée que la cachexie est plus prononcée. Enfin l'absence de signe de déficience des divers appareils, donnait à ces malades une apparence de bonne santé, qui a certainement contribué à l'égarement du diagnostic au moins chez l'un d'entre eux (observ. II).

Et cependant il s'agit dans ces trois cas d'un néoplasme siégeant sur un appareil de première importance de l'économie, d'un néoplasme ulcéré, à type épithélial, autant de conditions qui favorisent la déchéance de l'organisme.

Nous allons étudier les différentes théories pathogéniques de l'intoxication cancéreuse et comme aucune ne nous donne une satisfaisante explication des anomalies que nous présentent nos trois observations, nous essaierons de tirer de la connaissance de ces faits un enseignement pratique, que nous avons maintes fois entendu répéter dans le service de M. le professeur Förgue.

QUELQUES CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES DE L'INTOXICATION CANCEREUSE

Nous devons nous demander :

- 1° Quelles sont les manifestations cliniques de la cachexie cancéreuse ;
- 2° Quelles théories pathogéniques elles ont suscité ;
- 3° A quelle cause attribuer la conservation de l'état général dans des cancers du rectum avancés.

I. — De tous les troubles fonctionnels et des altérations organiques que provoque une lésion néoplasique maligne, les altérations du sang sont les plus constantes. Elles ont fait l'objet de nombreux travaux d'où il se dégage qu'en dehors de causes anémiantes non spécifiques, le cancer a par lui-même une action propre globulicide comme les injections de certains extraits cancéreux en fournissent la démonstration. Cette action porte autant sur la diminution des hématies que sur l'abaissement de la valeur globulaire. Et elle est constante avec des variations d'intensité dans les cancers du tube digestif, la localisation gastrique présentant les formes d'anémies les plus marquées.

Les troubles des urines ont été aussi étudiés, surtout pour obtenir de ces examens un signe précoce de cancer. Aucune des constatations signalées ne peut être qualifiée de spécifique. La diminution de l'urée et l'augmentation de la toxicité urinaire sont les deux seules notions à rete-

nir; mais elles ont acquis si peu de valeur que c'est sur l'examen clinique, bien plus important que le chirurgien fonde souvent son diagnostic et son pronostic.

Sur le territoire de la clinique, nous trouvons des faits plus probants et plus constants; en dehors de l'apparence anémique, un œil exercé ne se laisse pas tromper par le teint particulier des cancéreux; il tient de la pâleur jaune des albuminuriques, d'un certain degré de subictère et de l'état anémique de ces sujets et se rencontre surtout dans les cancers de l'utérus, et du tube digestif.

L'amaigrissement est le second élément clinique que l'on recherche toujours parce qu'à des degrés divers, il est constant, c'est parfois le premier signe d'un cancer viscéral latent.

Il va jusqu'à la fonte de certaines masses musculaires, en particulier de la cuisse et de l'épaule, et cette action d'émaciation musculaire, se traduit par une perte de force que le malade constate très vite et une sensibilité à la fatigue très accusée.

Nous pourrions ainsi passer en revue tous les appareils mais ce n'est qu'à la période de cachexie qu'ils sont manifestement atteints et nous nous bornons à étudier les signes de début.

Tout l'organisme est ainsi frappé par les effets d'un foyer néoplasique et on peut se demander, comme le fait justement remarquer Ménétrier, si cette cachexie relève d'une cause spécifique, d'une intoxication cancéreuse, ou si elle est la conséquence du trouble des fonctions organiques, comme la localisation gastrique du cancer entrave la nutrition, représentant alors une résultante d'accidents divers additionnés.

Et cependant, il semble que la cachexie cancéreuse comporte un cachet spécial, qu'on ne retrouve dans aucun

état cachectique, c'est la constance de son apparition plus ou moins tardive et le contraste qui existe entre une affection altérant un organe principal et le cancer de même volume; ce caractère spécial se résume dans la notion de malignité.

II. — La toxicité spéciale du cancer est donc universellement admise, mais son mécanisme est obscur.

S'agit-il de produits toxiques propres du cancer ou cette toxicité est-elle seulement produite par des substances d'autolyse, de désintégration cellulaire des cellules cancéreuses lancées dans le sang. Beaucoup d'expériences ont été tentées, elles sont du plus haut intérêt, mais ne permettent pas de conclure. Richet, Boinet, Pfeiffer et de nombreux auteurs, pour la plupart allemands, ont obtenu des extraits de tumeurs cancéreuses plus ou moins toxiques pour les animaux. Roger et Mad. Girard-Mangin ont fait une série de recherches plus récentes d'après lesquelles ils concluaient à la présence de poison cancéreux de nature colloïdale, précipités par l'alcool, ne dialysant pas et se rapprochant ainsi des toxines microbiennes.

Ces résultats fort intéressants ne nous permettent pas de nous faire une idée exacte de la toxine cancéreuse et en particulier de l'apparition de date très inégale de ses effets sur l'organisme.

III. — Devons-nous rechercher dans la localisation rectale la cause de l'intégrité de l'état général dans les trois cas que nous publions.

Certainement, le siège et la nature histologique modifient considérablement le retentissement du cancer sur l'économie. Mais si les cancers de la peau et des membres évoluent longtemps sans troubler l'organisme, les cancers viscéraux sont classiquement considérés comme très offen-

sants et parmi ceux du tube digestif amènent vite ces malades à la cachexie cancéreuse.

Quant à la forme histologique, elle entre en ligne de compte : la notion de malignité des cancers, à type glandulaire contraste avec la tolérance manifestée par l'organisme à l'égard de beaucoup de tumeurs malignes à type pavimenteux.

On voit donc que, ni dans les théories pathogéniques de l'intoxication cancéreuse, ni dans le siège de la tumeur et sa nature histologique, nous ne pouvons nous permettre de rechercher la cause des phénomènes paradoxaux que nous rapportons.

Nous ne pouvons que les signaler et en faire notre profit pour l'établissement du diagnostic précoce de la localisation rectale du cancer.

CONSIDERATIONS CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DU CANCER DU RECTUM

Le cancer du rectum est un de ceux qui est le plus facilement méconnu. Nombreux sont les exemples de cancers du rectum à syndrome hémorragique, traités comme des affections d'apparence banale et des exemples frappants, à ce point de vue ont été publiés en particulier dans le travail très complet de Mondor.

Nous ajoutons à la longue liste de ces tableaux cliniques trompeurs de nouveaux cas où l'état général se présente comme celui d'une affection bénigne et cependant il coïncide avec des lésions avancées. C'est dire, après beaucoup d'autres que les notions classiques de l'amaigrissement, du teint jaune paille, de la perte de forces, ne doivent pas entrer en ligne de compte dans l'établissement du diagnostic.

Dans l'histoire clinique et l'examen des malades qui font l'objet de ce travail la symptomatologie est toute locale. Ceci montre l'importance du toucher rectal quand il y a du sang dans les selles ou des troubles de la défécation.

Nous voudrions que cette notion, que nous avons souvent entendu énoncer par M. le professeur Forgue dans son service, se dégage de notre travail. En présence de troubles ano-rectaux, le caractère des hémorragies ou ce-

lui des douleurs sont absolument incapables de fixer un diagnostic. Il est pour le médecin un impérieux devoir de pratiquer le toucher rectal. Albert Mathieu prétend qu'il faut entreprendre une véritable « *croisade* » en faveur du toucher rectal. Savignac n'a-t-il pas constaté la présence d'un cancer du rectum chez un homme qui n'avait jamais souffert, menait une vie très active, montait à cheval et qui avait seulement présenté par l'anus des hémorragies très peu abondantes.

L'exploration directe, que l'on peut pratiquer sur le cancer du rectum, en rend le diagnostic précoce plus facile que celui des autres localisations digestives : pourquoi ne pas profiter de ce précieux avantage !

CONCLUSIONS

I. — Les manifestations de l'intoxication cancéreuse sont si fréquentes dans la plupart des cancers et leur apparition si rapide, qu'il est classique dans l'établissement du diagnostic de tenir compte des manifestations générales de cette atteinte (teint, amaigrissement, débilité neuro-musculaire, troubles digestifs).

II. — Nous apportons trois cas de cancer du rectum avancés, inopérables, ulcérés et anciens où l'état général donnait l'apparence d'une excellente santé.

III. — Aucune théorie pathogénique ne peut nous donner l'explication de ces faits cliniques en apparence paradoxaux.

IV. — L'atteinte de l'état général est d'apparition très inégale; elle n'est pas en rapport avec la localisation du néoplasme, ni avec sa nature histologique. Il convient d'en faire le profit du diagnostic quand elle existe, mais de ne pas tenir compte de son absence.

V. — Ces faits sont une preuve de plus de l'importance du toucher rectal dans le diagnostic des affections du rectum.

OUVRAGES CONSULTÉS

- DE BUCK. — Altérations nerveuses de la carcinose. *Journal de neurologie*, 1901.
- BOINET. — Toxines cancéreuses. *Société de biologie*, 1895.
- DELBET et BRECHOT. — Maladies anus et rectum. *Nouveau Traité de chirurgie*, 1916.
- DUPLAY et SAVOIRE. — Recherches sur la nutrition des cancéreux. *Bulletin médical*, 1895.
- HARTMANN et SILHOL. — *Revue de Chirurgie*, 1901.
- MÉNÉTRIÉR. — Le cancer. *Nouveau Traité de médecine*.
- MONDOR. — Etude sur le cancer du rectum. *Thèse Paris*, 1914-1915, n° 11.
- MOUISSET et TALOT. — Hématologie du cancer de l'estomac. *Revue de Chirurgie*, 1902.
- QUÉNU. — Symptomatologie de début et diagnostic précoce du cancer du rectum. *Bulletin médical*, 21 juillet 1914.
- Etude clinique sur le cancer du rectum. *Revue de chirurgie*, 1897.
- QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, Paris, 1899.
- RICHET. — Effets toxiques des injections intraveineuses d'extraits des cancers ulcérés et non ulcérés chez les animaux. *Société de Biologie*, 1895.
- ROGER et Mad. GIRARD-MANGIN. — Recherches expérimentales sur les poisons des cancéreux. *Presse médicale*, 7 novembre 1906.
- Nouvelles recherches expérimentales sur les poisons des cancéreux. *Presse médic.*, 17 avril 1907.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*De l'État général dans le Cancer du
Rectum* par M. Samuel GIBON.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 décembre 1921.

Le Professeur,

DE ROUVILLE

Vu :

Montpellier, le 10 décembre 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 10 décembre 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

